

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

790

Année 1959

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

K A H N Gérard
Externe des Hôpitaux de Paris
né le 29 juillet 1933, à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le

1959

RESULTATS DU TRAITEMENT DES CARDIOTHYREOSES
PAR L'IODE RADIO-ACTIF

Président : Monsieur GILBERT-DREYFUS, Professeur.

S E D O C O
17, rue Washington, 17

- PARIS -

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

K A H N Gérard
Externe des Hôpitaux de Paris
né le 29 juillet 1933, à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le

1959

RESULTATS DU TRAITEMENT DES CARDIOTHYREOSES
PAR L'IODE RADIO-ACTIF

Président : Monsieur GILBERT-DREYFUS, Professeur.



S E D O C O
17, rue Washington, 17

- PARIS -

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.),
CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.),
GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),
HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL
(E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER
(E.), RICHT (C.), STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.)

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR : Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M.)
	(Beaujon SICARD (A.)
	(Cochin QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu MENEGAUX (G.)
	(Saint-Antoine .. GOSSET (J.)
	(Salpêtrière MOULONGUET (P.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire ...	de GAUDART-d'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale	LAMY (M.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
	(Broussais
	(Cochin
	(Hôtel-Dieu
	(Lariboisière
	(Pitié
	(Saint-Antoine
Cliniques médicales	de GENNES (L.)
	JUSTIN-BESANCON (L.)
	BARIETY (M.)
	SOULIE (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	(Baudelocque
	(Port-Royal
	(Tarnier
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (Chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

MM.

Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (P.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (Chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (OLIVIER (G.) (GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) Pr. s. Ch.
Anatomie pathologique	(BUSSER (F.) (GOUYGOU (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.) (NEVOT (A.) Pr. s. Ch.
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.) (DESGREZ (P.) (Pr. s. Ch.
Biochimie médicale	(POLONOSKI (J.) (m. conf. (SCHAPIRA (G.) (m. conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) m. conf.
Carcinologie	(DENOIX (P.) (MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)

MM.

Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.))
Histologie	(COUJARD (R.) Pr. s. Ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.))
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) Pr. s. Ch. (CORRE-HURST (Mme L.))
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.))
Médecine légale	(DEROBERT (L.) (Pr. s. Ch. (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.))
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.))
Ophtalmologie	(BREGÉAT (P.) (SARAUX (H.))
Orthopédie	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.))
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	(BRUMPT (L.-C.) (Pr. s. Ch. (CHABAUD (A.))
Pathologie chirurgicale	(BARCAT (J.) (BINET (J.-P.) (CAUCHOIX (J.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LAURENCE (G.) Agr. pe (LORTAT-JACOB (J.-L.))

	MM.
	(LOYGUE (J.)
	(MERCADIER
Pathologie chirurgicale	(PERROTIN (J.)
	(ROBERT (H.)
	(THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	(CROSNIER (J.)
	(HARTMANN (L.)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J.)
	(MAURICE (J.)
	(PLAS (F.)
	(RICHET (G.)
	(AUSSANNAIRE (M.)
	(BOUR (H.)
	(BOUVIER (J.)
	(BOUVRAIN (Y.)
	(BRICAIRE (H.)
	(BRISSAUD (H.)
	(BROCARD (H.)
	(BUGE (A.)
	(CASTAIGNE (P.) m. conf.
	(CATINAT (J.)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F.)
	(COURY (C.)
	(FREZAL (J.)
	(HOUSSET (E.)
	(LAROCHÉ (Cl.)
	(LESOBRE (R.)
	(MACREZ (C.)
	(NICK (J.)
	(PEQUIGNOT (H.) m. conf.
	(ROYER (P.)
	(WOLFROMM (R.)
	(JOSEPH (R.)
	(MANDE (R.)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P.)
	(POLONOVSKI (C.)
	(ROSSIER (A.)
	(LEVY (Mlle J.)
	(Pr. s. Ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J.)
	(LECHAT (P.)
	(PARROT (J.) Pr. s. Ch.
Physiologie	(DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) m. conf.
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
	(CERNEA (P.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(m. c. agr.
	(GRELLET (M.)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.)
	(LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
	(ABOULKER (P.)
	(AMELINE (A.)
	(HUGUIER (J.)
	(LEGER (L.)
Clinique chirurgicale	(OLIVIER (C.)
	(PADOVANI (P.)
	(POILLEUX (F.)
	(ROUX (M.)
	(VERNE (J.-M.)
	(HAGUENEAU (J.)
	(Pr. s. Ch.
	(BOUDIN (G.)
	(CONTE (M.)
Clinique médicale	(DOMART (A.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (S.)
	(TURIAF (J.)
Clinique neuro-rhumatologique	SEZE (S. de)
	(GRASSET (J.)
	(LEPAGE (F.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.)
	(MERGER (R.)
	(RAVINA (J.)
	(DESVIGNES (P.)
Clinique ophtalmologique	(OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. Ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. Ch.

Secrétaire général de la Faculté ... M. LENA (J.)

Secrétaires ... Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURE (A.)

Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires (Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.)
(LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.))

-:-:-:-

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-:-:-:-

A ma mère, à mon père

A ma famille

A mes amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur GILBERT-DREYFUS

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse

En hommage de notre respectueuse
reconnaissance.

A nos Maîtres

Le Professeur E. ARON

Le Professeur P. VIALLE

Le Docteur P. ORDIONI

Le Docteur R. BERNARD

Le Professeur F. COSTE

Le Professeur R. BOULIN

Le Docteur WEISMANN-NETTER

Le Docteur J. WEIL

Le Docteur P. UHRY

Le Professeur F. LEPAGE

Le Docteur F. LAYANI

Le Docteur J. HEWITT

Avec le souvenir des heures
passées dans leurs services
où nous fut prodigué leur
enseignement.

LES RESULTATS DU TRAITEMENT DES CARDIOTHYREOSES
PAR L'IODE RADIO-ACTIF

INTRODUCTION

-:-:-:-:-

Les cardiothyréoses, nom donné par les auteurs lyonnais Bernard et Colson, groupent :

- d'une part, les hyperthyroïdies basedowiennes dans lesquelles prédominent les troubles cardiaques;
- d'autre part, les troubles cardiaques révélateurs d'une hyperthyroïdie fruste, camouflée ou n'ayant pas encore levé le masque.

Il faut éliminer des cardiothyréoses proprement dites certains troubles cardiaques, partie intégrante du tableau de l'hyperthyroïdie : palpitations, tachycardie sinusale avec ou sans extrasystoles, avec ou sans crises paroxystiques.

Dans les cardiothyréoses, tous les signes et épreuves sont modifiés dans le sens de l'augmentation : le volume du coeur, la tension maxima, la pression différentielle, la vitesse circulatoire, le débit circulatoire, les accidents P et T à l'électrocardiogramme.

En fait, les cardiothyréoses réalisent essentiellement deux tableaux :

- l'arythmie complète par fibrillation;
- l'asystolie avec arythmie complète presque toujours;
relativement irréductible par les tonicardiaques, s'accom-
pagnant d'une vitesse circulatoire non ralentie, accessible
à une thérapeutique spécifiquement antithyroïdienne.

-:-:-:-

LE TRAITEMENT DES CARDIOTHYREOSES PAR L'IODE RADIO-ACTIF

"Il ne faut pas dire : on peut opérer une hyperthyroïdie en asystolie, mais on doit l'opérer", affirmait Donzelot.

Autrefois on opérait donc toujours, mais depuis l'utilisation de l'iode radio-actif par Hertz pour la première fois en 1942, on possède deux traitements radicaux pour la maladie de Basedow elle-même - et en particulier pour les cardiomyrécoses.

L'irradiation sélective interne par l'iode 131 est appelée, sinon à remplacer, du moins à concurrencer sérieusement la chirurgie.

Les cardiomyrécoses constituent à l'heure actuelle une des indications les plus impératives de l'iode radio-actif, qui donne ici les résultats les plus spectaculaires, alors que les antithyroïdiens de synthèse ont une action "inversement proportionnelle à la gravité du cas" et que la chirurgie est souvent redoutée dans les états de cachexie avancée.

Le traitement à l'iode radio-actif présente deux

avantages :

- la simplicité de son administration : absorption d'un verre d'eau sans odeur ni saveur contenant l'iode radio-actif - les doses pouvant être répétées une à trois fois, séparées par des intervalles de trois à quatre mois;

- son innocuité par la très faible concentration sanguine d'iode radio-actif dénuée de toute nocivité pour les autres organes, en particulier la moelle osseuse, les reins et les gonades.

Par contre, le temps de latence entre l'absorption de la dose thérapeutique et l'amélioration des signes cliniques peut être un handicap dans certains cas d'urgence, pouvant limiter l'intérêt de la méthode. Cependant, à sa décharge, il faut reconnaître que les chirurgiens n'opèrent ces cardiomyrécoses gravissimes et très évolutives que si elles sont bien préparées (par le lugol ou les antithyroïdiens de synthèse); et, là aussi, la notion de temps intervient.

La conduite du traitement présente une difficulté qui réside dans le calcul de la dose à administrer, car c'est de celle-ci que dépendent la durée du traitement et la survenue du seul incident possible : l'hypothyroïdie. Le choix de la dose, la conduite du traitement, la discussion

des résultats doivent être guidés par l'établissement et l'appréciation de la courbe individuelle de fixation thyroïdienne.

Les doses doivent être proportionnelles à la gravité de l'affection.

A gravité égale, les doses sont proportionnelles au volume du corps thyroïde et inversement proportionnelles à l'âge : les malades âgés ont besoin de doses moindres que les sujets jeunes.

L'évolution après absorption de l'iode radio-actif peut être parfois marquée par une aggravation passagère entre le quinzième et le vingt-cinquième jour après l'ingestion, à laquelle obviara aisément le lugol, s'il y a lieu.

Une fois ce cap passé, le succès peut paraître certain : une amélioration rapide se dessine dès la fin du premier mois et s'étale sur deux - trois mois au minimum. On n'attendra pas la survenue d'une rechute pour administrer une seconde dose passé ce délai, si la guérison n'est pas encore survenue. Mais souvent une seule dose suffit. On préférera courir le risque de provoquer une hypothyroïdie discrète - laquelle a d'ailleurs le double avantage d'effacer totalement les troubles du rythme et les signes résiduels d'hyposystolie et de mettre le patient définitivement à

l'abri des récidives.

Si l'on se contente de réaliser un état de normothyroïdie, on s'expose à voir persister quelques troubles du rythme; mais les traitements habituels, antérieurement impuissants à leur égard, retrouvent, après l'administration de l'iode 131 , toute leur efficacité.

Si on juge nécessaires les tonicardiaques, on utilisera :

- soit le sulfate de quinidine en comprimés à 0,20 g, à doses progressivement croissantes jusqu'à un total de dix comprimés en dix jours;

- soit l'hydroquinidine en comprimés de 0,15 g, à la dose de trois à douze comprimés par jour.

o

o o

RESULTATS STATISTIQUES DU TRAITEMENT DES CARDIOTHYREOSES
=====

PAR L'IODE RADIO-ACTIF
=====

Les résultats que nous allons citer sont extraits de l'étude du traitement à l'iode radio-actif de 60 cas de cardiomyrécoses, d'après les travaux du laboratoire des isotopes du Professeur Gilbert-Dreyfus sur un total de 450 cas d'hyperthyroïdies recueillis de 1952 à 1957.

La guérison totale a été obtenue dans 38 cas, soit 63,5 %. Dans ces 38 cas, les thérapeutiques employées ont été différentes :

- avec l'iode 131 seul : 32 cas, soit 53,5 %, ont été guéris de leur cardiomyrécose
 - sans séquelles : 23 cas (38 %),
 - avec hypothyroïdie transitoire : 5 cas,
 - avec myxoedème définitif : 4 cas;
- avec l'iode 131 associé à l'hydroquinidine : 5 cas;
- avec l'iode 131 associé à la digitaline : 1 cas; en fait, souvent la digitaline a été employée avant l'iode 131 avec un effet généralement minime.

La persistance des troubles cardiaques avec guérison de l'hyperthyroïdie a été observée dans 16 cas, soit 26,5 %, cela par le traitement à l'iode 131 seul dans 14

cas, se décomposant en :

11 cas sans séquelles,

3 cas avec myxoedème,

et par l'iode 131 associé à l'hydroquinidine dans 2 cas.

On a perdu de vue 5 malades.

Un décès a été observé deux mois après la dose;
il s'agissait d'une forme très grave et cachectique.

Les 60 cas étudiés se répartissent en :

16 asystolies (dont 13 avec arythmie complète),

41 arythmies complètes,

2 cas de tachycardies paroxystiques,

1 coronarite avec douleurs angineuses.

Les statistiques obtenues dans le service du Professeur Fauvert sont assez voisines :

les cardiomyopathies représentent 20 % des hyperthyroïdies étudiées (14 % dans le service du Professeur Gilbert-Dreyfus),

19 cas de guérison d'hyperthyroïdies avec fibrillation auriculaire, sur 35, ont été observés (soit 54 %),

les hypothyroïdies secondaires représentent 6 % des cas traités, alors que dans le service Gilbert-Dreyfus elles représentaient environ 10 %.

ETUDE DE 60 CAS DE CARDIOTHYREOSES

		(sans séquelle : 23 cas (38%)
		{ avec hypothyroïdie transitoire :
	{ - avec I ¹³¹ seulement :	5 cas
	32 cas (53,5%)	{ avec myxoedème définitif :
		4 cas
Guérison totale :		
38 cas	{ - avec I ¹³¹	{ 5 cas
(63,5%)	+ hydroquinidine	
	{ - avec I ¹³¹	{ 1 cas
	+ digitaline	

Persistance des	{ - par I ¹³¹ seulement :	{ sans séquelle : 11 cas
troubles cardiaques	14 cas	{ avec myxoedème : 3 cas
avec guérison de		
l'hyperthyroïdie :	{ - par I ¹³¹	{ 2 cas
16 cas	+ hydroquinidine	
(26,5%)		

Sans nouvelle :
5 cas

1 décès 2 mois après la dose

-:-:-:-

- 16 asystolies (dont 13 avec arythmie complète)
- 41 arythmies complètes
- 2 cas de tachycardies paroxystiques
- 1 coronarite avec douleurs angineuses.

-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant étudier un exemple de chacune des catégories du chapitre précédent.

PREMIERE OBSERVATION : L... Abel (74 ans)

Evolution avant iode 131 :

Cardiothyroïse se signalant par la prédominance des troubles neuro-végétatifs, et surtout par un aspect parkinsonien. Son apparition remonte à fin juillet 1951, et très vite la symptomatologie se trouve au complet : tremblement généralisé, lent et ample, nervosité, troubles vaso-moteurs accompagnés de moiteur et de chaleur des téguments.

La tachyarythmie avoisine 160 et va de pair avec un oedème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

On ne connaît pas l'importance de l'amaigrissement.

Il n'y a ni goitre ni modifications oculaires.

Le métabolisme basal est à + 61 %; le cholestérol à 1,07 g.

La courbe d'iode 131 montre une captation à 80 % dès la 6ème heure, suivie d'un angle de fuite.

A reçu des sédatifs, puis un traitement au thyroïdan, enfin de la radiothérapie hypophysaire sans grand effet.

Evolution clinique après administration d'iode 131 :

Une seule dose de 7 millicuries est donnée le 20 août 1952.

Dès le 15 septembre, on signale une amélioration sur le tremblement.

Le 20 novembre 1952, le coeur est régulier (pouls à 80); les oedèmes ont disparu, ainsi que l'essoufflement. La prise de poids a été de 5 kg en 2 mois.

Le 16 février 1953, il va très bien; a pu reprendre son travail. Par la suite, l'amélioration persiste. Le pouls est aux environs de 80.

Conclusion : la guérison est ici totale.

DEUXIEME OBSERVATION : A... Charlotte (58 ans)

Evolution avant iode 131 :

Hyperthyroïdie postménopausique révélée par une insuffisance cardiaque avec tachycardie importante - raison pour laquelle cette malade a consulté le Professeur Gilbert-Dreyfus en juin 1955, soit 1 mois après l'apparition de ces symptômes. Les premiers troubles remontent à l'été 1954,

au cours duquel s'est produit un amaigrissement rapide, en même temps que s'ébauchaient les autres signes (nervosité, tremblement, palpitations, thermophobie). Début classique, donc, 5 mois après l'arrêt des règles. Dès cette époque existent des débâcles diarrhéiques, mises longtemps sur le compte exclusif d'une petite insuffisance hépato-vésiculaire. Puis l'amaigrissement se ralentit, la symptomatologie reste discrète, la malade ne s'inquiète pas.

Mais, en avril 1955, surviennent des soucis, du surmenage. Des oedèmes des membres inférieurs apparaissent; essoufflement marqué, palpitations violentes, asthénie pénible, soif.

La symptomatologie thyroïdienne se réveille, elle aussi.

Huit gouttes de digitaline par jour pendant une semaine améliorent la malade.

Néanmoins, c'est avec un Basedow évident qu'elle arrive dans le service : le métabolisme basal est alors à + 63 %; le cholestérol à 1,14 g; la courbe de fixation de l'iode radio-actif typiquement basedowienne, avec un maximum de 60 % à la 6ème heure.

Evolution après administration d'iode 131 :

A reçu une dose unique de 6 millicuries, le 22 juin 1955.

Amélioration nette en 3 semaines, après la dose;

mais la malade continue à maigrir (de 4 kg en 3 semaines).

Puis on note une reprise de 2 kg.

Mais, le 22 août, elle se sent frileuse, constipée, la peau sèche.

Le 20 septembre 1955, le visage est bouffi; les troubles vaso-moteurs et le tremblement ont disparu. La malade reçoit alors 0,075 g d'extrait thyroïdien.

Par la suite, son état s'est amélioré, et il est devenu maintenant excellent; le pouls est régulier, à 70-80.

Conclusion : la guérison a été complète après hypothyroïdie transitoire.

TROISIEME OBSERVATION : D... Pierrette (32 ans)

Evolution avant iode 131 :

Cas atypique : il s'agit d'une jeune femme de 27 ans présentant une symptomatologie peu démonstrative, dont les deux éléments essentiels consistent en :

- des crises de tachycardie paroxystique, d'apparition récente;
- un amaigrissement rapide de 9,5 kg en 2 mois.

Les premières se produisent sur le fond permanent d'une tachycardie de base à 100. L'amaigrissement est contemporain d'une anorexie.

Au début, en novembre 1953, 4 mois après son dernier accouchement, sont apparues des modifications caractérielles, avec perte de 1 kg, puis de 6 kg.

En avril 1954, apparaît la première crise de tachycardie précédée de malaises à type d'évanouissements. Puis les crises se sont répétées, nécessitant l'hospitalisation dans le service du Professeur Mouquin : la courbe de fixation était alors en plateau à 65 % dès la 24ème heure.

Devant la persistance des troubles, on tente la thérapeutique de l'iode radio-actif chez cette malade dont l'hyperthyroïdie n'est nullement démontrée cliniquement. Cependant, le métabolisme basal est à + 28 %; le cholestérol, paradoxalement, à 2,74 g.

Evolution après administration d'iode 131 :

On a administré 2 doses :

5 millicuries, le 26 mai 1954.

Dès les premiers jours, on a noté une recrudescence des crises, une baisse de poids jusqu'au 9 juin; à partir de cette date, et très progressivement, diminution des crises et reprise de poids. Elle sort le 9 juillet, très améliorée, ayant réussi à prendre 4 kg en 10 jours.

Le 10 septembre 1954, elle reconsulte; n'a eu qu'une crise en 1 mois.

Le 5 novembre : la malade est très améliorée.

Il n'y a plus de tachycardie paroxystique.

Mais les mains sont un peu moites; la malade se plaint d'étouffements.

Elle reçoit alors une dose de 3 millicuries.

Le 18 février 1955, elle est guérie.

Le 6 mai 1955, elle rapporte des palpitations occasionnelles.

Le 17 mai 1955, les mains sont glacées; la malade est fatiguée, très constipée, frileuse, le visage bouffi.

Son cholestérol est à 2,60 g.

Elle reçoit alors 10 cg d'extrait thyroïdien.

Le 7 avril 1956, comme elle supporte mal 10 cg, on abaisse la dose à 6 cg.

Le 15 mai 1956, diminution de la dose à 4 cg.

Conclusion : cas atypique, où le diagnostic n'a été affirmé que grâce à la disparition rapide des crises de tachycardie et à l'efficacité de l'iode 131, et où est apparu un myxoedème.

QUATRIEME OBSERVATION : S... Eliane (55 ans)

Evolution avant iode 131 :

Consulte en avril 1953, à la suite d'une nouvelle poussée d'une maladie de Basedow qui évolue depuis 3 ans et où sont apparus palpitations, fatigue, augmentation de vo-

lume du cou, thermophobie, tremblement. L'amaigrissement atteint en 1953 8 kg. Pas de diarrhée, mais un transit normal succède à la constipation jusqu'alors habituelle.

L'année suivante, s'installe un oedème des paupières inférieures.

Donc, tableau complet dès 1951 : le métabolisme basal était à + 77 %; le cholestérol à 1,45 g.

Elle a été traitée, en 1951, par 12 séances de rayons X sur le corps thyroïde, qui ont amené une amélioration pendant 6 mois, suivie d'une rechute, en 1952, avec un métabolisme basal à + 44 %. 8 nouvelles séances de radiothérapie ont des résultats identiques.

La recrudescence de 1953 a débuté en février, à la suite d'un choc affectif, et paraît plus intense qu'auparavant.

Tous les symptômes sont au maximum, et l'examen découvre une tachyarythmie. Dans le service, un test à l'iode 131 montre une captation de 82 % dès la 6ème heure.

Evolution après administration d'iode 131
(total de 3 doses) :

On a administré 3 millicuries en mai 1953.

Le 30 septembre 1953, on note une amélioration clinique, mais la malade est toujours en tachyarythmie.

Le tremblement est très marqué. L'augmentation de poids est de 4 kg.

On met la malade au traitement à la quinidine.

Le 19 mars 1954, elle se sent mieux, mais fatiguée, avec les mains chaudes et moites. Il y a surtout disparition de la tachyarythmie : le pouls est à 80.

Une 2ème dose est donnée, le 18 mars 1954.

Le 30 juin 1954, la malade se porte mieux; cependant, elle reste trémulante, avec des mains moites.

Le pouls est à 69.

3ème dose, de 7 millicuries, le 22 décembre 1954.

Amélioration; mais les mains restent chaudes, et il persiste un léger tremblement.

Le 27 avril 1955, la guérison apparaît complète.

Le 21 novembre 1955, les éléments biologiques sont normaux. Le pouls est à 72, régulier.

Conclusion : succès après traitement à l'iode 131 associé à la quinidine.

Fait remarquable : la régularisation du pouls a été obtenue avant même le retour à l'euthyroïdie.

CINQUIEME OBSERVATION : DEL... Jean (59 ans)

Malade adressé pour maladie de Basedow évidente, peu influencée par le lugol. Il s'agit en fait d'une cardiomyopathie thyroïdienne. L'affection a débuté en mars 1956, au décours d'un épisode pulmonaire aigu traité par la rovamycine (3 mois auparavant, il avait reçu 350 mg de cortancyl en 2

mois pour une périarthrite scapulo-humérale gauche). Apparaît alors un amaigrissement qui, en 4 mois 1/2, totalise 4 kg. On retrouve aussi une tachycardie à 110, un tremblement, des modifications oculaires, une soif vive. Mais pas de goitre visible. Les métabolismes basaux pratiqués sont très augmentés - d'où traitement au lugol pendant longtemps. La reprise de 1 kg, en août suivant, sera éphémère; et, au moment de l'administration de l'iode radio-actif, il s'agit d'une maladie de Basedow en pleine évolution, avec tachyarythmie (126) et fibrillation auriculaire; métabolisme basal à + 33 % malgré le nembutal; cholestérol à 1,50 g; flèche de la courbe de fixation très élevée, à 75 %. Mais le tableau est dominé par une instabilité neuropsychique très intense.

Evolution après administration d'iode 131 :

Une seule dose, de 6 millicuries, est donnée, le 6 octobre 1956.

8 semaines après, on note une nette amélioration de l'état général, avec reprise de 7 kg, mais l'arythmie ne cède pas.

Le 12 février 1957 : bon état général. La force est retrouvée; le tremblement a disparu; la polydypsie persiste; le pouls est à 96, très irrégulier.

Le 14 janvier 1958 : nette amélioration. Le trem-

blement, la fatigabilité, les mains chaudes subsistent, mais très atténués. Le pouls est à 72, irrégulier.

Un fibrillo-flutter est noté à l'électrocardiogramme.

Conclusion : la guérison de l'hyperthyroïdie a été pratiquement complète, mais les troubles cardiaques persistent.

SIXIEME OBSERVATION : B... Maurice (56 ans)

Evolution avant iode ¹³¹ :

Malade adressé pour suspicion de maladie de Basedow, responsable peut-être de la fibrillation auriculaire récemment découverte. C'est en mai 1956, en raison de crises intenses de dyspnée, qu'un électrocardiogramme est pratiqué, amenant la découverte d'une arythmie complète. Le malade se plaignait depuis longtemps déjà de palpitations en montant les escaliers, lorsqu'en mai 1956 s'y ajoutent l'exophtalmie et des modifications caractérielles. Le métabolisme basal, le 14 mai 1956, est à + 11 %; la courbe de fixation thyroïdienne de l'iode radio-actif à + 66 % à la 24ème heure, suivie d'une chute; le cholestérol à 1,60 g.

Malgré ce début peu évocateur, 3 semaines plus tard, la symptomatologie est certaine, quoique incomplète : n'y manquent que la thermophobie et la diarrhée. L'amai-grissement existe malgré les oedèmes. Le malade est fati-

gué, insomniaque.

Evolution après administration d'iode 131 :

La dose unique administrée le 7 juin 1956 est de 6,5 millicuries.

L'amélioration débute dès le 15ème jour. Les palpitations disparaissent; le corps thyroïde semble en régression. Il existe une boulimie.

Le 10 juillet 1956, a repris 2 kg. Les mains restent chaudes; le pouls est à 78, mais très irrégulier.

Le 13 septembre 1956, se sent fatigué, frileux. Il est d'aspect franchement hypothyroïdien. Pas de réaction myotonique, mais des douleurs musculaires.

Le pouls est à 64; le cholestérol à 4,90 g.

Il subit un traitement par l'extrait thyroïdien 0,10 g.

Le 2 mars 1957, il fait un essai d'arrêt du traitement, mais la rechute est immédiate malgré un taux de cholestérol à 2,95 g. On le traite par l'extrait thyroïdien Choay 0,30 g.

Le 3 décembre 1957, nette amélioration, mais l'arythmie est irréductible. On continue l'extrait thyroïdien à fortes doses.

Le 18 avril 1958, on n'est pas encore parvenu à réduire l'arythmie. Le pouls est à 84; le cholestérol à 1,77 g. On hospitalise donc le malade.

Conclusion : il s'agit donc là d'un cas à vrai dire assez rare, où l'arythmie a persisté et où il est apparu un myxoedème.

SEPTIEME OBSERVATION : C... Lucie (60 ans)

Evolution avant iode 131 :

Malade adressée pour cardiomyose à traiter par l'iode radio-actif. Elle se signale par des troubles cardiaques très accusés. Le début de l'affection est imprécis, vers 1951. Il y a 2 ans, se serait produit un amaigrissement avec reprise ultérieure de 3 kg. En décembre 1956, le métabolisme basal est à + 49 %, et l'électrocardiogramme est perturbé. Aussi pratique-t-on un traitement iodé jusqu'au 14 mars 1957. C'est alors que la malade entre à l'hôpital : malgré un tableau très éloquent, avec tachyarythmie marquée et troubles thyroïdiens évidents, la première courbe à l'iode 131 montre une fixation très basse, à 40 % à la 6ème heure.

Le corps thyroïde est très dur; le cholestérol à 2,30 g.

Evolution clinique après administration d'iode 131
(une seule dose) :

Le 10 septembre 1957, elle reçoit une dose de 18 millicuries.

Le 12 octobre 1957, se plaint d'étouffements, vers 5-6 heures du matin; on lui donne de la digitaline.

Le 10 décembre 1957, nette amélioration.

Le 24 décembre 1957, présente des malaises; le pouls est à 96, encore irrégulier.

Le 24 mars 1958, le pouls s'accélère, devient irrégulier.

A l'électrocardiogramme, on note une fibrillation.

Le 24 juin 1958, elle est traitée par l'hydroquinidine, sans succès. La malade est toujours nerveuse et très mulante.

Le 25 novembre 1958, l'état général est très amélioré, mais le pouls toujours irrégulier, à 108.

Conclusion : ici, il s'agit d'une malade améliorée par l'iode 131 et l'hydroquinidine, mais chez qui l'arythmie persiste.

CONCLUSIONS

-:-:-:-:-

Le traitement des cardiomyopathies par l'iode radio-actif a permis d'enregistrer près des deux tiers de cas de guérisons totales. Dans un petit nombre de cas, l'hydroquinidine ou la quinidine ont représenté une bonne thérapeutique d'appoint. Malgré l'importance relativement élevée des doses d'iode 131 administré, le nombre de guérisons suivies d'un myxoedème définitif est faible (4 cas sur 38). Là, les extraits thyroïdiens permettent aisément la correction de cette hypothyroïdie.

Dans un quart des observations, cependant, des troubles cardiaques persistent, mais l'hyperthyroïdie est guérie.

Ainsi, dans l'ensemble, les résultats obtenus par l'iode radio-actif paraissent bons, et cette thyroïdectomie non sanglante est appelée à concurrencer sérieusement la chirurgie plus choquante, dont la mortalité opératoire, quoique faible (1 %), peut faire hésiter.

-:-:-:-

BIBLIOGRAPHIE

-:-:-:-:-

- DE GENNES (L.), COCOVINIS, FAUVERT : Etude statistique de 138 hyperthyroïdies traitées par l'iode radio-actif. (Sem. Hôp. Paris, n° 20, 28 avril 1959, p. 1473.)
- DE GENNES (L.) : Le traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif. (Presse Médicale, 64, 1956, p. 988.)
- GILBERT-DREYFUS, ZARA (M.) : Monographies n° 3 : la thyroïde, 1955. (Editions Heures de France.)
- GILBERT-DREYFUS, ZARA (M.) : Considérations pratiques du traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif. (Soc. Méd. Hôp., 27 mars 1953.)
- GILBERT-DREYFUS : Guérison par l'iode radioactif d'une asystolie basedowienne gravissime. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 27 mars 1953.) /
- PESTEL : Le coeur des basedowiens. (Presse Médicale, 1er mai 1954, p. 687.)
- TUBIANA (M.) : L'utilisation thérapeutique de l'iode radio-actif. (Revue du Praticien, 11 septembre 1958, p. 2701.)
- VILLARD : Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1954. A propos des cardiopathies d'origine basedowienne.

-:-:-:-

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur
de l'Académie de Paris

Le Doyen
de la Faculté de Médecine
de Paris

signé : Jean SARAILH

signé : L. BINET

Le Président de Thèse

signé : GILBERT-DREYFUS

